

高尿酸血症的中西医结合治疗

彭亚丽 王 馨

河北北方学院研究生学院

【摘要】随着我国社会经济水平不断提高,饮食结构也发生着巨大的改变,高脂肪和高嘌呤食物占据饮食结构的比重越来越大,许多疾病的发生率也出现大幅上升,高尿酸血症便是其中之一。尿酸(UA)是一种弱酸,主要存在于肝脏、肾脏、肠道、肌肉、血管内膜等器官组织中,是来源于动物的外源性嘌呤的最终产物。正常情况下UA的摄入与排出保持动态平衡,且正常浓度的尿酸对人体无害。但随着人们饮食结构生活方式的改变,这种平衡被打破,导致尿酸在体内堆积过多,发展成高尿酸血症。诊断高尿酸血症(HUA)的标准是正常嘌呤饮食状态下,非同日2次空腹血尿酸水平,男性及绝经期女性 $>420\mu\text{mol/L}$,绝经前女性 $>360\mu\text{mol/L}$ 。^[1]

【关键词】高尿酸血症;痛痹;《黄帝内经》

根据肾脏尿酸排泄分数(FE_{UA})和24h尿酸(UUA)将高尿酸血症分为以下类型^[1]:(1)肾脏排泄不良型: $UUE\leq 600\text{mg}\cdot\text{d}^{-1}\cdot(1.73\text{m}^2)^{-1}$ 且 $FE_{UA}<5.5\%$ (2)肾脏负荷过多型: $UUE>600\text{mg}\cdot\text{d}^{-1}\cdot(1.73\text{m}^2)^{-1}$ 且 $FE_{UA}\geq 5.5\%$;(3)混合型: $UUE>600\text{mg}\cdot\text{d}^{-1}\cdot(1.73\text{m}^2)^{-1}$ 且 $FE_{UA}<5.5\%$;(4)其他型: $UUE\leq 600\text{mg}\cdot\text{d}^{-1}\cdot(1.73\text{m}^2)^{-1}$ 且 $FE_{UA}\geq 5.5\%$ 。

长期的血尿酸浓度超标会导致弱水溶性尿酸盐饱和而以尿酸单钠晶体的形式析出,出现在肾小管中导致肾结石,出现在关节滑膜液中累积引发痛风。血尿酸长期升高损害肾脏导致血液中胱抑素C(cystatin-C, Cys-C)升高,较重浓度的尿酸可以直接启动炎症反应,导致血液中炎症指标的升高[超敏C反应蛋白(hs-CRP)、肿瘤坏死因子 α (TNF- α)、白介素-6(IL-6)]升高。血尿酸长期达标可明显减少痛风发作频率、预防痛风石形成、防止骨破坏、降低死亡风险等,是预防痛风及其相关并发症的关键。目前西医降尿酸药物主要通过促进尿酸分解和排泄以及减少尿酸生成,但普遍具有明确的禁忌症及不良反应,治疗后复发率高。中医药治疗高尿酸血症没有明确的禁忌症及不良反应,中医从整体论治,可以有有效的改善患者的症状。

1. 中医对高尿酸血症的认识

1.1 病名探讨

高尿酸血症引起的关节病变可以归“痹症”、“历节病”、“脚气”、“痛风”等范畴。《素问》中记载了32个痹症病名^[2],《灵枢》中记载了40个痹症病名。后世医家在此基础上,进一步探讨痹症的病因病机。汉·张仲景在《金匮要略》中提到:“病历节不可屈伸疼痛”,第一次提出“历节”的病名,指出内湿稽留,湿浊内蕴是“历节病”形成的重要产生环节。孙思邈《千金要方·卷第七》中提出“风毒脚气”,“凡脚气病,皆由感风毒所致。得此病,多不令人即觉,会因他病,一度乃始发动……故此病多不令人识也,始起甚微,饮食嬉戏气力如故,惟卒起脚屈弱不能动,有此为异耳,黄帝云缓风湿痹是也。”此篇中详细论述了“脚气”的病因、发病机制、发病时的症状表现以及如何防治,并记录了大量的治疗方药,其中防风汤、独活汤等一直沿用至今。

当代医家朱良春教授根据高尿酸血症“好发于形体丰腴、喜食肥甘之人”的患者特征及“疼痛夜半为甚,且有结石,或溃流脂液”的临床特点,首次提出“浊瘀痹”之名^[3]。朱老创立的“浊瘀痹”病名,既有别于西医,又统一于中医痹证范畴,补充了《黄帝内经》、《金匮要略》中有关痹证分类之不足,并提出痰、浊、瘀内邪与外感寒湿共同致病的观点,是对《黄帝内经》“风寒湿三气杂至合而为痹”,外邪致痹理论的继承与发展,补充了痹症的病因,是对痛风理论和临床实践的进一步完善。全小林院士提出高尿酸血症、痛风等均可从“膏浊”论治^[4]。而病理产物“浊”是一种类似于“痰”“瘀”之属,可以分为膏脂浊和血浊两大类,既是病理产物,又是致病因素。而对于白虎历节。

1.2 病因病机

朱良春教授认为,湿、瘀才是高尿酸血症的主要病因^[5]。湿浊之邪生于内,患者多为形体丰腴痰湿之体,并有嗜酒、喜啖肉食之好,导致脏腑功能失调,升清降浊无权,痰湿阻滞于血脉之中,难以泄化,与血相结为浊瘀,滞留于经脉而发病。膏浊是饮食中的精微物质,过量摄入堆积体内,会导致体内代谢失调。全小林院士认为,高尿酸血症患者平素饮食多食肥甘,饮食所伤是主要致病原因^[6]。牛云飞教授认为,高尿酸血症的病因主要为饮食失节,脾胃虚弱^[7]。裴瑞霞认为该病的主要病机是气机升降失司^[8],病位在脾胃,湿热、痰浊、瘀血等壅塞全身关节、经络,是发病的病理产物。脾属太阴主升运,将水谷精微物质上输心肺,从而输布全身;胃属阳明,主降纳,使糟粕秽浊入从下过肠道而出,二者一升一降,使脏腑气机调和,气血津液正常运行。饮食失节,脾胃受损,升降失司,运化失常,则会出现津液输布失常,导致痰湿、浊毒、淤血等病理产物内生,湿浊瘀三者痹阻经脉,形成尿酸浊,日久发为痛风。

1.3 中医辨证治疗

1.3.1 中药治疗

全小林教授将高尿酸血症治疗分为实证和虚证两个方面^[9]:实证多因摄入过多导致胃肠湿热,湿浊郁积,表现为胃肠痞满气滞,心烦,易饥,渴喜冷饮,大便不爽,溲色深,舌红,苔黄,脉浮数或滑数,治宜通腑

泄热,以大黄黄连泻心汤加减;虚症者源于气血不足,代谢缓慢,临床上多见于老年男性,常伴有尿酸性肾病、痛风性关节炎等,以防己黄芪汤加减,益气健脾,加强泄浊排浊。张智龙教授认为高尿酸血症的治疗可以从虚实两端论治^[9],实者为血瘀夹湿或湿热痰浊内蕴,虚者为脾肾不足或肝肾不足,治法采用补肾健脾利湿或清热利湿或活血通络。王灿晖教授^[10]认为,无症状高尿酸血症应从湿邪论治,可以分为湿热蕴结、脾虚湿蕴、肝肾亏虚三个证型。张月^[11]等人通过对高尿酸血症患者实验室指标、临床症状等研究,认为高尿酸血症的证型分布常为多证型组合,单证型者以痰湿证为主,其次是血瘀证、气虚证。倪青等人认为,高尿酸血症湿热蕴结者以四妙散合当归拈痛汤加减^[12];瘀热阻滞证者以桃红四物汤加减;痰浊阻滞者以六君子汤加减;肝肾阴虚者以独活寄生汤加减。

1.3.2 其他治疗

除中药治疗外,王文华等^[13]以益气健脾为取穴原则,通过针刺下脘、太乙、天枢、大横、气海、大巨、关元、水道等腹部穴位,发现针刺干预不仅能明显降低患者血尿酸、胆固醇与体重,且能升高血清瘦素水平,提示了益气健脾针刺法能有效改善患者代谢状况。苗兵^[14]等采用针药结合合法治疗高尿酸血症患者30例(针刺取穴:足三里、三阴交、阴陵泉、关元、气海、中极、太冲。合谷、曲池),结果显示,针药结合治疗组能显著降低患者血尿酸、肾功能与血脂水平。思治兰等^[15]采用生大黄、煅牡蛎、茯苓、泽泻、木通、白花蛇舌草、野菊花、当归、丹参等中药保留灌肠,灌肠液每次保留1~2h,日2次,10d为1个疗程,治疗2个疗程后,患者血尿酸水平较治疗前明显降低。

2. 现代医学对高尿酸血症的认识

2.1 流行病学的研究

美国流行病学研究数据显示,近100多年来尿酸水平和高尿酸血症患病率的变化与高血压、肥胖、糖尿病和肾脏疾病有相似的流行趋势。亚洲地区高尿酸血症患病率也有显著增高的趋势。通过对高尿酸血症的流行病学调查研究发现,高尿酸血症受环境、饮食、习惯、种族、遗传等多种因素影响,并呈现一定的特征^[16]:年轻化趋势、“重男轻女”、遗传倾向、地区与种族。高尿酸血症不仅是痛风的关键危险因素,更是成为继高血压、高血脂、高血糖之后的“第四高”,成为继糖尿病之后的第二大代谢性疾病,也是肾脏疾病、心血管疾病的高危发病因素。然而降尿酸药物不仅有明显的禁忌症和不良反应,长期服用降尿酸药物成本也较高。因此,积极寻找安全、低廉、有效的防治尿酸升高的策略具有重要的意义。

2.2 西医治疗

降尿酸治疗包括生活干预及药物干预。所有高尿酸血症患者均建议进行生活方式的干预,包括控制体重、规律运动、限制酒精及高嘌呤食物的摄入、鼓励奶制品和新鲜蔬菜的摄入等,而药物干预目前在临床上则重点应用于痛风患者。对于无症状性高尿酸血症患者,欧美指南多不推荐药物干预。目前治疗高尿酸血症的药物第一类是尿酸生成抑制剂,

通过抑制黄嘌呤氧化酶抑制尿酸合成,代表药物有别嘌醇和非布司他,均为临床一线用药。第二类是促尿酸排泄类药物,代表药物有苯溴马隆和丙磺舒。此类药物不推荐用于肾结石患者,服用时需大量饮水及碱化尿液。丙磺舒与阿司匹林及其他水杨酸盐同时用降尿酸疗效下降,且可增加抗生素、吡喹酮等药物血药浓度,其临床应用受到限制。第三类是促尿酸溶解类药,代表药物为拉布立酶,属于重组尿酸氧化酶。但是重组酶价格昂贵,主要用于因化疗引起的高尿酸血症患者,并且该药的安全性仍需要进一步验证。

参考文献:

- [1]刘维.痛风及高尿酸血症中西医结合诊疗指南[J].中医杂志,2023,64(01):98-106.
- [2]姜玉宝.《黄帝内经》痹病理论源流与应用研究[D].辽宁中医药大学,2009.
- [3]朱婉华,顾冬梅,朱良春.浊瘀痹——痛风中医名探讨[J].中医杂志,2011,52(17):1521-1522.
- [4]全小林,刘文科.论膏浊病[J].中医杂志,2011,52(10):816-818.高红勤,朱良春,朱婉华,朱胜华.
- [5]朱良春治疗痛风经验应用体会[J].中国中医药信息杂志,2014,21(08):114-115.
- [6]田佳星,李君玲,张宸,刘文科.全小林辨治高尿酸血症思路探析[J].辽宁中医杂志,2013,40(02):215-217.
- [7]方圆,牛云飞,方朝晖.导师治疗2型糖尿病合并高尿酸血症经验[J].云南中医中药杂志,2021,42(11):90-92.
- [8]张泽群,张家林,裴瑞霞.裴瑞霞治疗2型糖尿病合并高尿酸血症经验[J].实用中医内科杂志,2020,34(07):65-68.
- [9]王漫,丁娅杰.张智龙教授运脾泄浊方治疗高尿酸血症经验探析[J].天津中医药,2022,39(02):147-150.
- [10]苏奔,王灿晖,朱晓琳,杨亚丽,殷立平.王灿晖教授辨治无症状高尿酸血症思想概要[J].时珍国医国药:1-2[2022-12-31].
- [11]张月,张敏,白红燕,殷喜凤.高尿酸血症辨证分型的临床研究[J].光明中医,2022,37(20):3645-3649.
- [12]倪青,孟祥.高尿酸血症和痛风中医认识与治疗[J].北京中医药,2016,35(06):529-535.
- [13]王文华,于志峰,汪卉林,宋光明.益气健脾针刺法对高尿酸血症人群血清瘦素的影响研究[J].光明中医,2016,31(10):1448-1450.
- [14]苗兵.针刺结合降尿酸方防治高尿酸血症的临床研究[J].黑龙江医学,2016,40(09):853-854.
- [15]思治兰,史桃芬.中药灌肠治疗高尿酸血症56例[J].中国民间疗法,2012,20(04):17.
- [16]黄琳秋,江筠,楼觉人.尿酸氧化酶临床疗效和安全性评价[J].国际生物制品学杂志,2016,39(2):92-96.